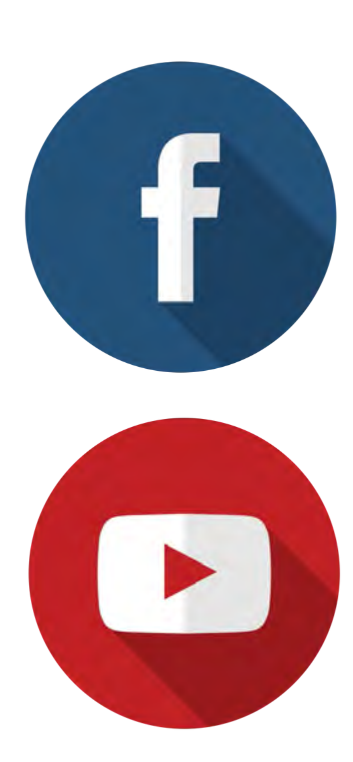
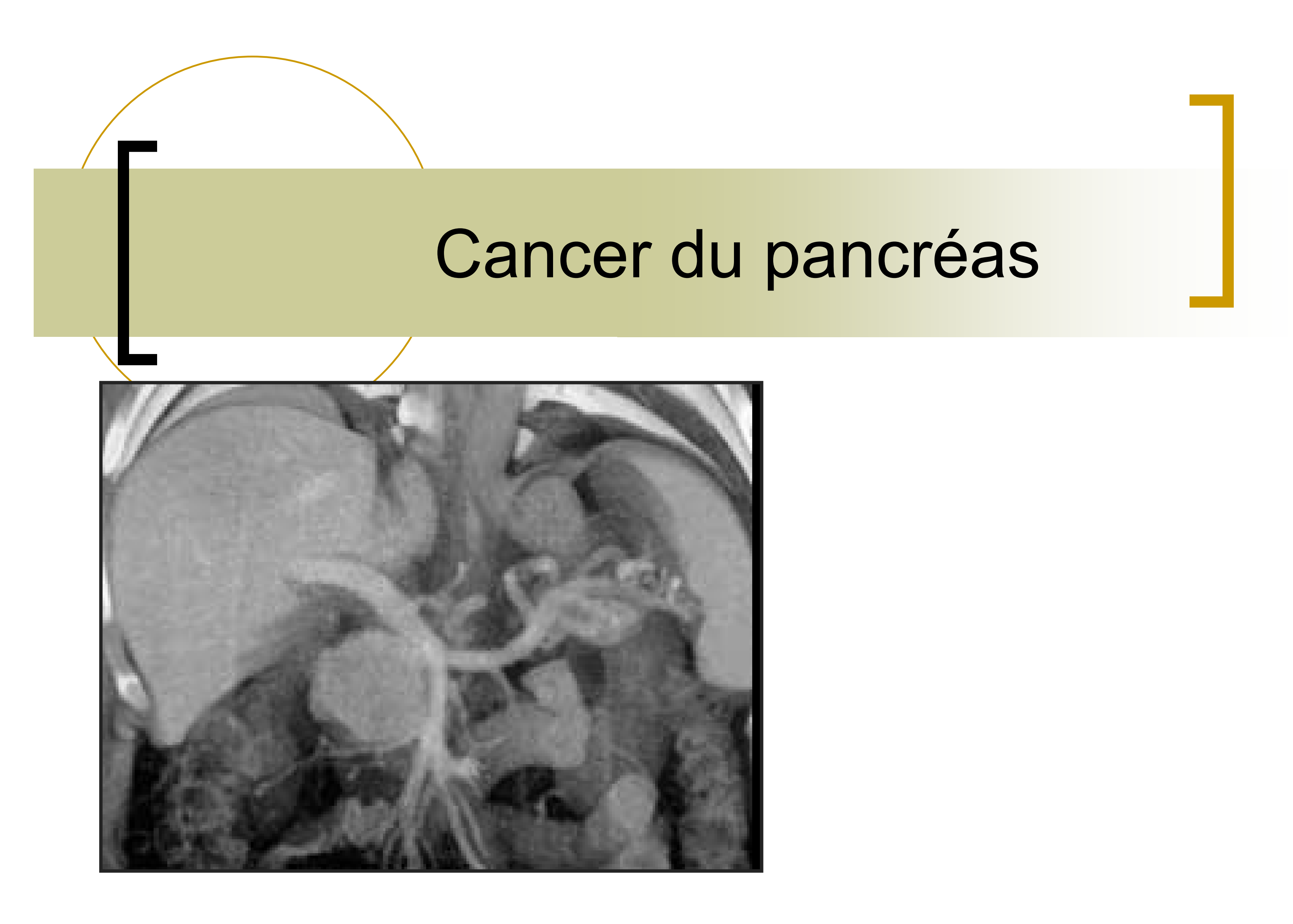
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









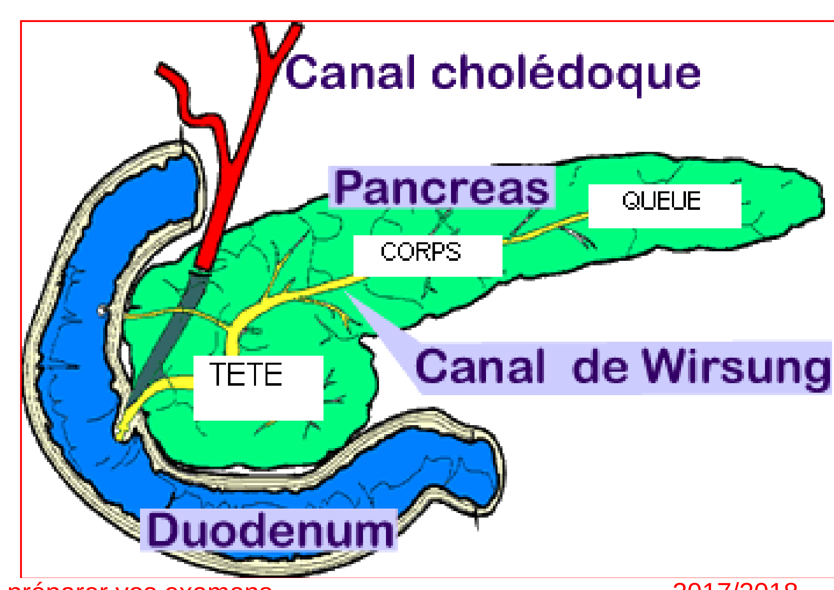
Cancer du pancréas

INTRODUCTION

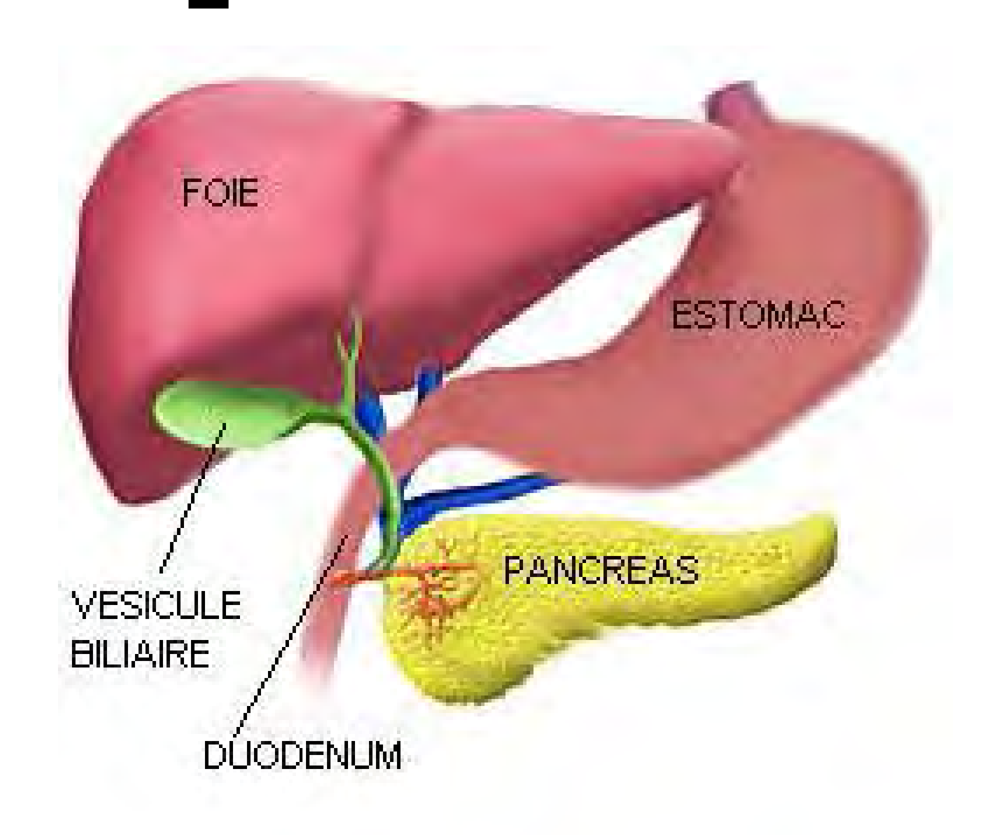
- 90 % Adénocarcinome
- Fréquent : 6e cancer chez l'homme, 5e chez femme
- Mortalité +++ Survie à 5 ans = 1 à 4%*
- Pas ou peu d'amélioration récente
  - Chimio et Rx peu efficaces
- Traitement chirurgical seul à prétention curativeDécouverte souvent tardive
  - 50 % métas hépatiques ou péritonéales
- 20 % → Chirurgie

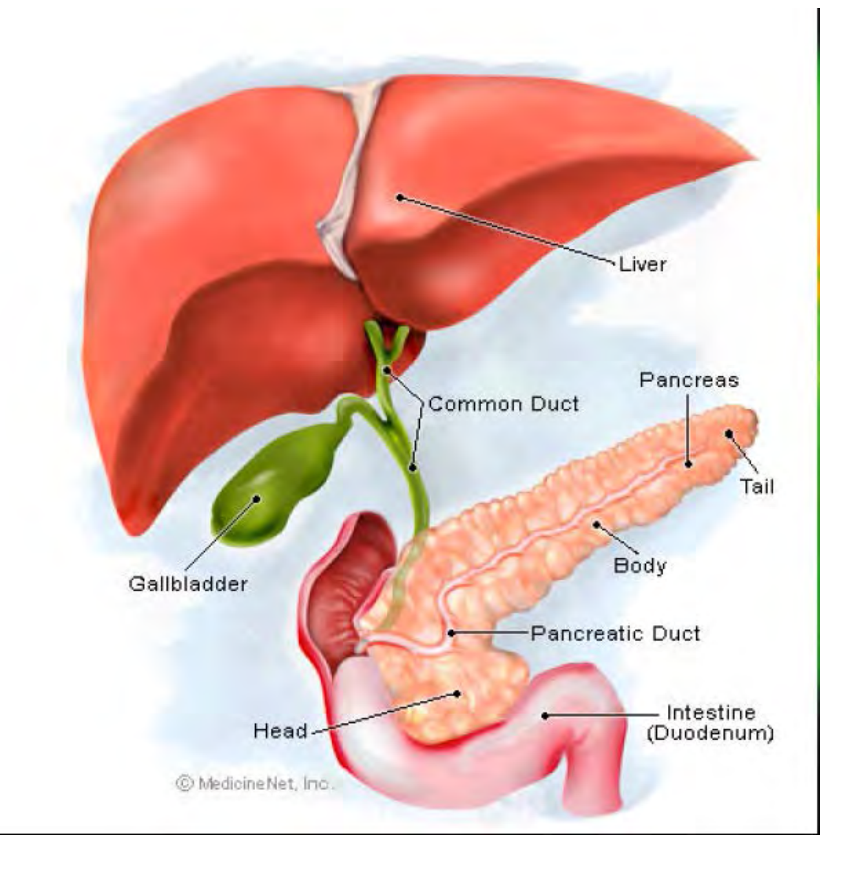
RAPPEL ANATOMIQUE DU PANCREAS

- Le pancréas comprend trois parties :
- - la tête (liée au duodénum)
- - le corps
- - la queue (au contact
- de vaisseaux de la rate



Situation anatomique du pancréas





CLINIQUE

- Population à risque
  - PC, TIPMP
  - Kc familiaux
  - Pan Ins
  - Cystadenome mucineux

1- Un ictère cutanéo-muqueux :
Cet ictère est rapidement progressif et continu avec urines foncées et selles décolorées, typiquement ictère cholestatique.

2- **Des douleurs pancréatiques** :
Elles sont plus rares dans la tête du pancréas que dans les autres localisations, notamment corporéales.

3- **Une altération de l'état général :**
Anorexie (surtout pour les viandes), dyspepsie d'apparition récente, asthénie, perte de poids souvent massive, parfois une thrombose veineuse profonde.

4- **Rarement un tableau de pancréatite aiguë :(Sténose du Wirsung), une hypertension portale segmentaire, une sténose duodénale.**

5- Des métastases dans 30 à 40 % des cas :
Métastases hépatiques +++, péritonéales (carcinose péritonéale), pulmonaires, cérébrales, etc…

BIOLOGIE

- Ictère cholestatique
- Marqueurs tumoraux:
  - CA 19-9
    - Sensibilité 60 à 70%*
    - Spécificité 80% (cholestase, PA, autres Kc digestifs)
    - Corrélation taille tumeur - taux CA 19-9
  - ACE
- Autres biomarqueurs (K-ras, p53)

TDM Multibarettes



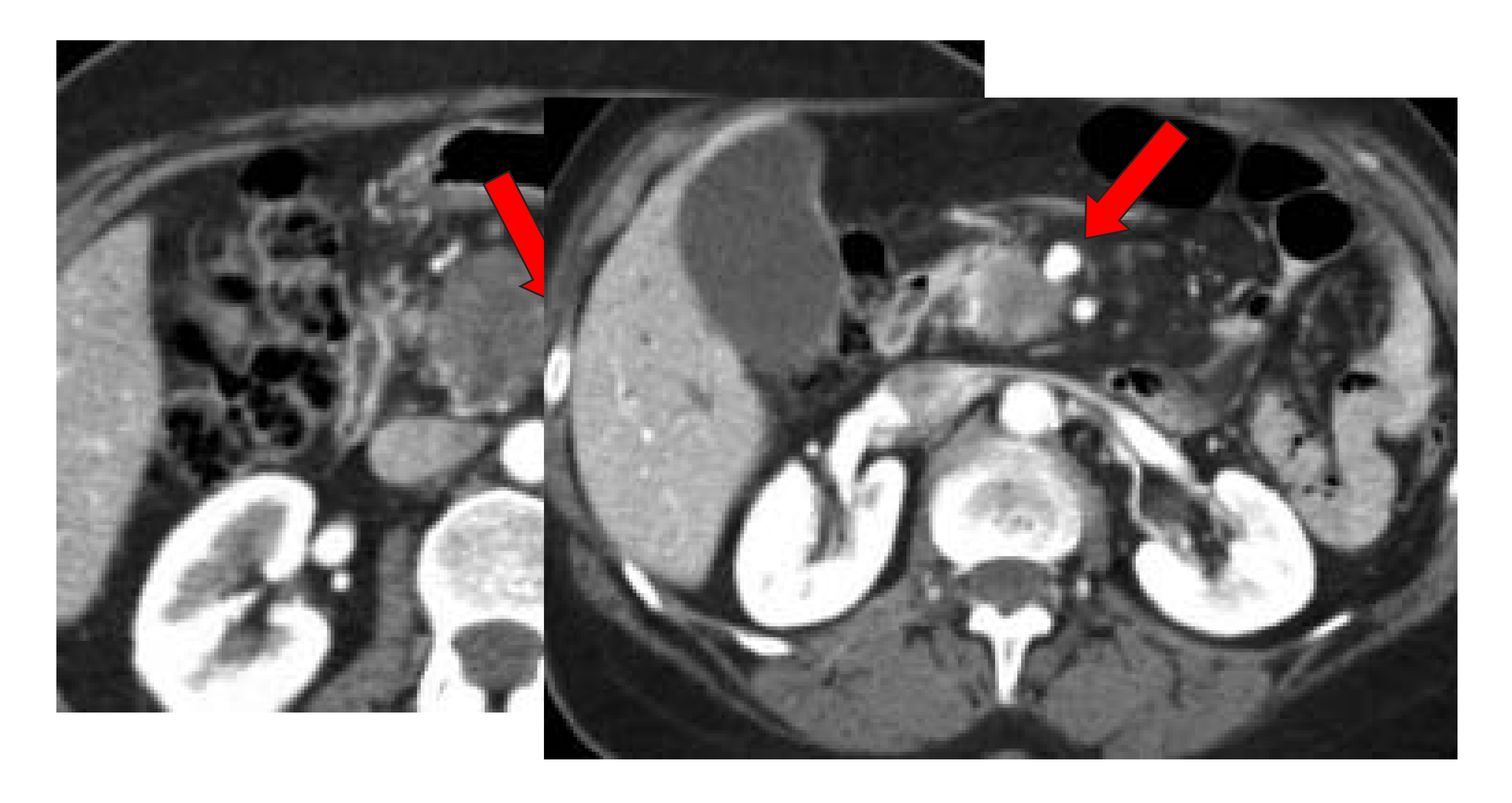
- Nouveau gold standard
- Permet à lui seul d'évaluer :
  - Taille tumeur
  - Adénopathies satellites
  - Invasion vasculaire
  - Métastases hépatiques
  - Ascite
  - Nodules carcinose
  - Métastases pulmonaires

TDM Multibarettes

- Envahissement vasculaire
  - TDM multi-barettes : reconstruction 3 plans
  - Se 80-91 % Sp 89-100%*
  - Artériel > Veineux
  - Doute envahissement veineux → EE

TDM

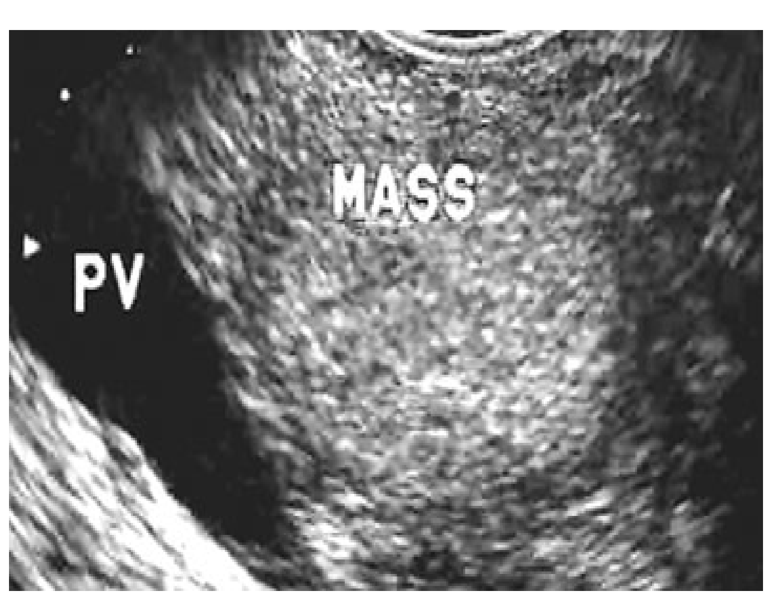
- Envahissement vasculaire



TDM

- Envahissement ganglionnaire
  - Augmentation Se qui reste faible (54-77%)*
  - Critères scannographiques (augmentation taille, forme anormale, hypodensité centrale…)

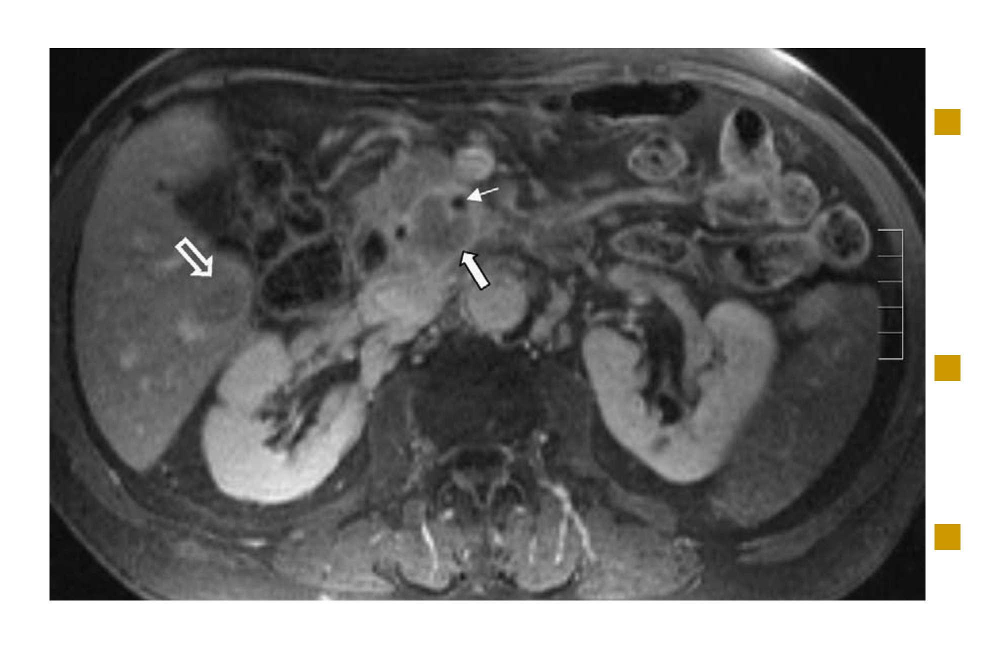
Echo-endoscopie



- Sensibilité élevée 98 %*
- Apport Se / TDM surtout si lésion < 2 cm
- ADP : Se identique au TDM
- Vasculaire :
  - TP, V. splénique++
  - A et VMS –
- **Permet biopsie aiguille fine tumeur, ADP.**
- **prothèse biliaire pdt même AG**

* DeWitt et al, Comparison of endoscopic ultrasonography and multidetector computed tomography for detecting and staging pancreatic cancer. *Ann. Intern. Med.* 2004;**141**: 753–63.

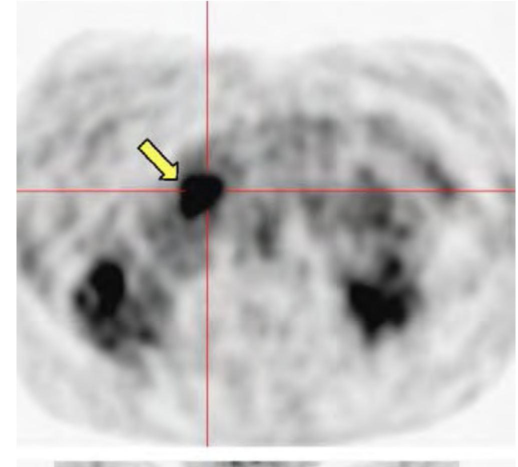
IRM

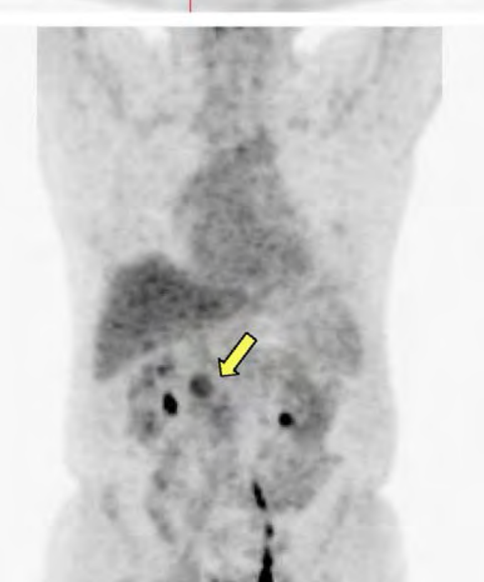


- Même sensibilité que le TDM multi-coupes (90 %)
- Pas de supériorité pour le bilan d'extension locale (vasculaire) *
- Non recommandé en 1ère intention pour le diagnostic
- Intérêt ds :
  - Détection métas hépatiques
  - Caractérisation petites lésions hépatiques

* Zins M et al, Imagerie de l'adénocarcinome du pancréas. J Radiol 2005;86:759-80.

PET - Scan





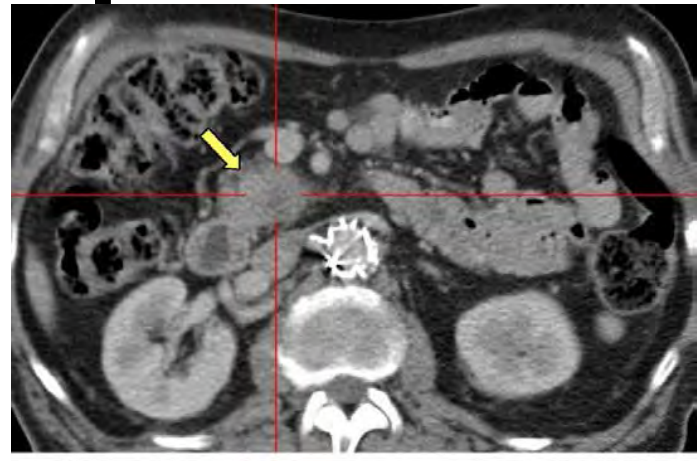
- Pas un bon examen diagnostic
- Sensibilité 71 à 92%*
  - FN diabète compétition FDG Glucose
- Spécificité 64 à 94 %**
  - FP en cas d'inflammation
  - Pas différenciation KC-PCC
- Intérêt pour métastase péritonéale, métas à distance.
- Pas un examen systématique.

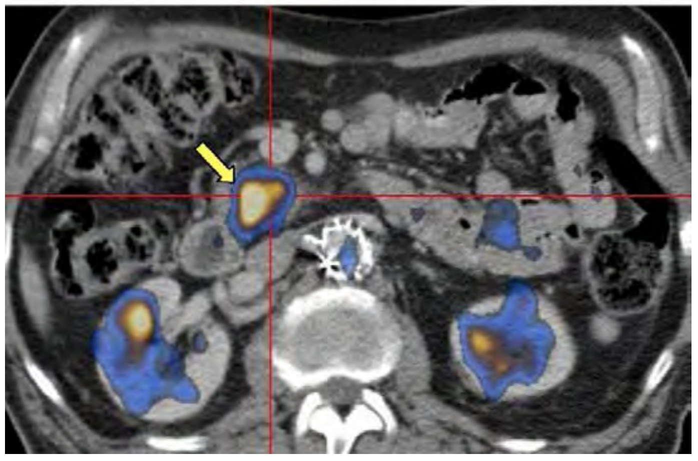
*Sendler et al, Preoperative evaluation of pancreatic masses with positron emission tomography using 18F-fluorodeoxyglucose: diagnostic limitations. World J Surg 2000; 24:1121–1129.
**Rose et al, 18Fluorodeoxyglucose-positron emission tomography in the management of patients with suspected pancreatic cancer. Ann Surg 1999; 229: 729–737.

Autres examens

- CPRE
  - Invasif
  - Intérêt seulement thérapeutique désormais : pose de prothèse biliaire
- Echo Abdo
  - Souvent demandée. Examen de débrouillage
  - Seul examen si maladie très évoluée
  - Intérêt dans recherche métastases hépatiques

Les examens d'avenir ?





- PET / TDM
  - 1 étude *
  - Bonnes Se et Sp (91 et 69 %)
  - Modification PEC thérapeutique chez 16 % patients
  - Procédure « all-in-one »
  - Coût élevé

* Heinrich et al, Positron emission tomography/computed tomography influences on the management of resectable pancreatic cancer and its cost-effectiveness. Ann Surg 2005; 242: 235–243.

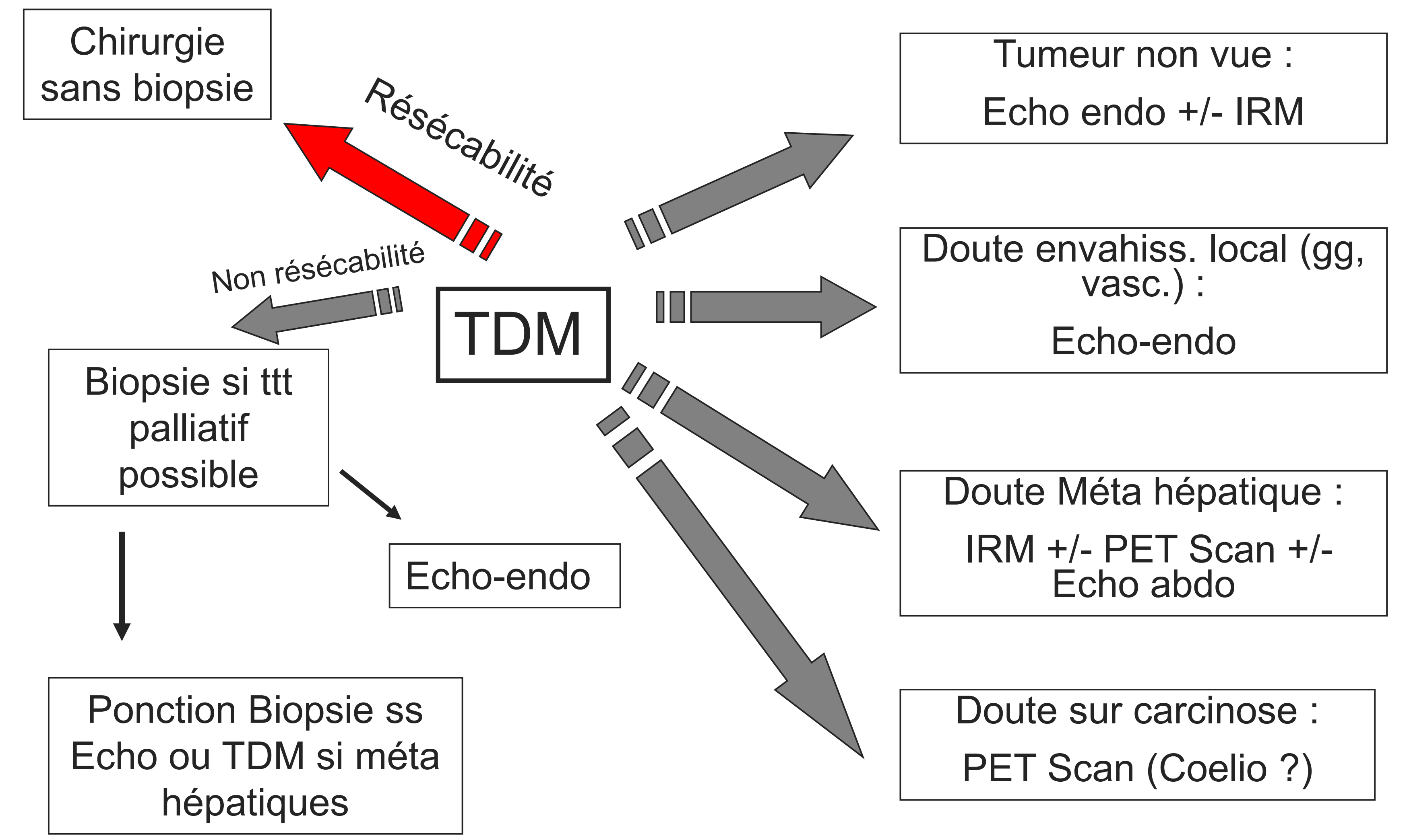
Histologie …

- Longtemps considérée comme nécessaire…
- Pré-opératoire (Aiguille fine / EE), per-opératoire (biopsies trans-duodénales)
- Intéressante dans certains cas (suspicion métastase, doute diagnostique à l'imagerie)

- **Non recommandée si lésion résecable* (morbidité du geste, risque dissémination)**
- Toujours nécessaire si non résécable et traitement envisagé

* Thésaurus national de cancérologie digestive

Algorithme diagnostique



Bilan d'extension

A- **Clinique: HPM** tumorale, ganglion de Troisier, ascite (carcinose péritonéale)

B- **Paraclinique**

C- **Radio-pulmonaire :** recherche de métastases

D- **TDM abdominale** (spiralée avec IPC permettant l'opacification vasculaire) : permet le bilan d'extension loco-régional.

- L'analyse surtout des vaisseaux après injection permet de juger de l'envahissement vasculaire artériel et veineux qui contre indiquent une intervention à visée curative.
- permet en outre de rechercher des ganglions (sensibilité très moyenne), des métastases hépatiques, une ascite de faible abondance.

E- **L'échoendoscopie :**

peut permettre l'exploration des ganglions de proximité du pancréas (peu sensible pour les ganglions à distance), et une exploration des vaisseaux veineux notamment : intérêt pour les petits cancers

A- Traitement chirurgical :

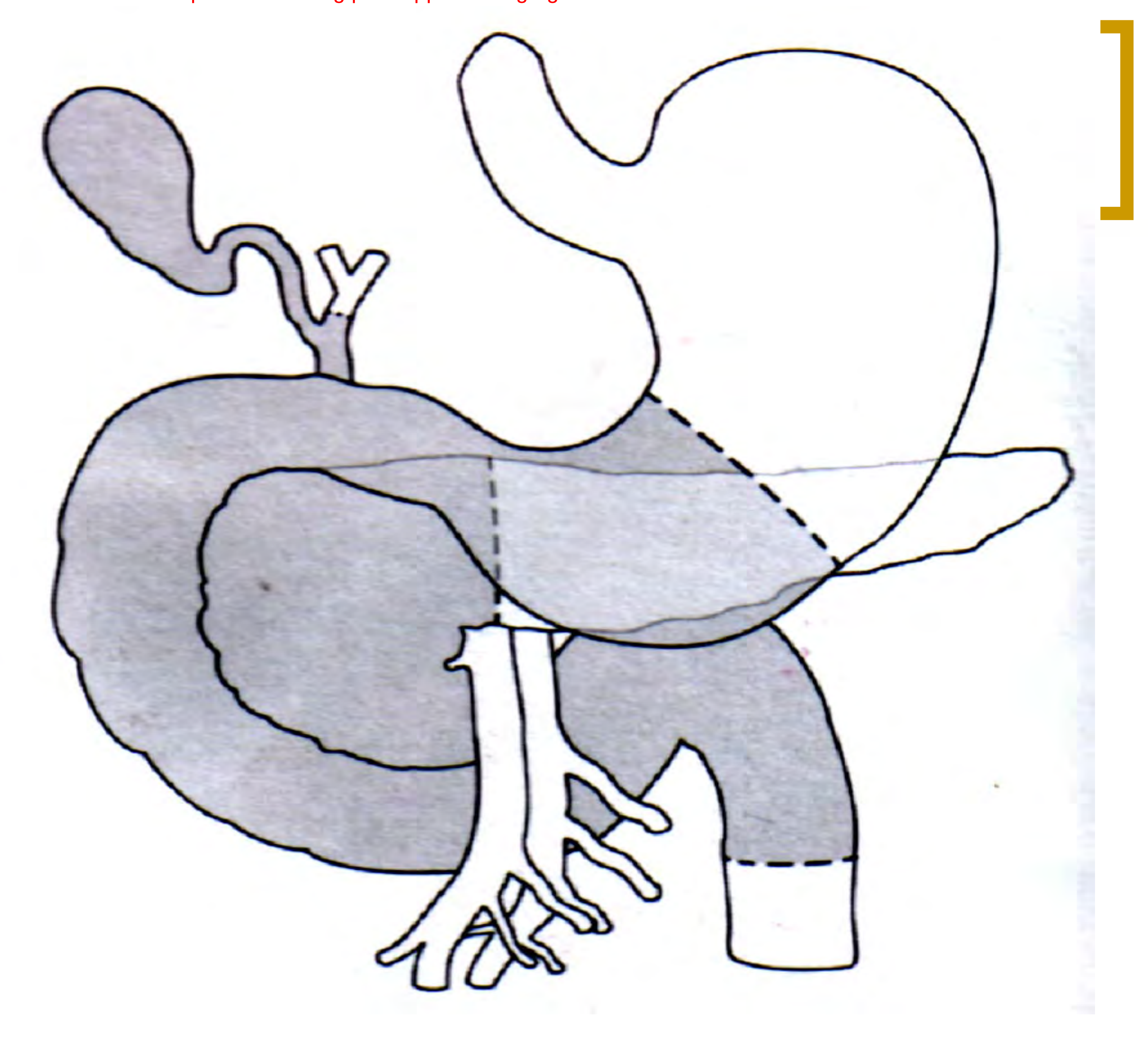
Le seul traitement à visée curative est chirurgical : exérèse (duodéno-pancréatectomie céphalique ou spléno-pancréatectomie gauche) avec curage ganglionnaire.

•L'exérèse à visée curatrice n'est possible que dans 10 % des cas au maximum.

Le bilan d'extension ne permet pas toujours de prévoir l'étendue des lésions néoplasiques ; il ne permet qu'une estimation de l'extirpabilité (TDM- échoendoscopie).

•mortalité opératoire : 5%

•5 % des patients guérissent après exérèse chirurgicale à visée curative.



Duodénopancréatéctomie céphalique

B- Traitement palliatif :

•**Dérivation chirurgicale biliaire et digestive** (tumeur laissée en place).

•**Prothèse biliaire per-endoscopique ou trans-hépatique** (abord externe sous contrôle échographique), parfois simple drainage externe : indication chez les patients avec tumeurs inextirpables ou inopérables. Prothèse duodénale en cas de sténose duodénale.

•**Chimiothérapie :** l'apport de drogues : Gemcitabine – Oxalyplatine associé au 5 FU permet d'accroître la médiane de survie (6 à 8 mois sans traitement).

•**Radiothérapie :** à visée antalgique essentiellement – étude radiochimiothérapique en cours.

•**Traitement de la douleur :** morphinique, radiothérapie ; splanchnicectomie chimique par abord trans-cutané sous contrôle scannographique : le contrôle de la douleur reste un problème essentiel ++.

CONCLUSION

- ADK canalaire du pancreas est un cancer de mauvais pronostic
- Progrés de l'imagerie limitant les indications de la chirurgie
- Chirurgie seul traitement curatif
- Seul15 pour cent sont resécable